

Osteoma osteoide epifisario

C. Villas / A. J. Garbayo / J. Martínez Denegri / J. Cañadell

Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Clínica Universitaria. Facultad de Medicina.
Universidad de Navarra. Pamplona.

RESUMEN

Los autores presentan tres casos de pacientes diagnosticados de osteoma osteoide con localización epifisaria. La clínica tiene algunos aspectos peculiares, como puede ser la aparición de una sinovitis reactiva por la proximidad de la lesión a la articulación, con disminución de los arcos de movilidad normales. La radiología muestra el "nidus" típico de esta tumoración benigna, y ausencia de la esclerosis reactiva propia de las localizaciones metafisodiafisarias in tracorticales. La resección de la tumoración ha sido el tratamiento que resultó curativo.

Epiphysary osteoid osteoma

SUMMARY

Three more cases of osteoid osteoma located in epiphysis are presented. All of them had special features, as a reactive synovitis due to the proximity of the lesion to the joint and the lower movility arch of these joints. The x-ray was essential for the diagnosis and definitive treatment was surgical resection.

INTRODUCCIÓN

El osteoma osteoide es una lesión relativamente frecuente que constituye el 10 % del total de las tumoraciones óseas benignas¹³. Fue individualizado del grupo de lesiones inflamatorias crónicas y reconocido como un tumor óseo benigno por Jaffe en 1935⁵. Se trata de una lesión osteoblástica benigna, caracterizada por su tamaño pequeño (por lo general menor de 1 cm) con bordes claramente delimitados y la presencia habitual de una zona periférica de neoformación ósea reactiva. Histológicamente consta de un tejido celular muy vascularizado, compuesto por hueso inmaduro y tejido osteoide.

En este trabajo se analizan tres casos especiales por su localización atípica dentro del hueso: la epífisis.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

A.M.V. Mujer de 28 años que consultó por dolor en ingle y muslo izquierdo, de año y medio de evolución, preferentemente nocturno y que calmaba con antiinflamatorios no esteroideos y ácido acetilsalicílico. Refería igualmente sensación de pérdida de fuerza en extremidad inferior izquierda. A la exploración física, la movilidad de la cadera izquierda era normal excepto para la rotación interna, restringida a 10° y dolorosa.

La radiografía axial de la cadera mostraba una pequeña imagen lítica en la zona antero externa de la cabeza femoral con calcificación central (Fig. 1).

Con un diagnóstico clínico de osteoma osteoide la paciente fue intervenida mediante extirpación de la lesión y aporte de injerto esponjoso. El estudio anatomopatológico del material extraído confirmó el diagnóstico. La evolución ha sido favorable y la paciente está asintomática a los 5 años.

Caso 2

A.J.J. Mujer de 38 años que consultó tras cuatro años de evolución de una tumefacción en articulación interfalángica distal del quinto dedo de la mano izquierda, dolorosa en el último año. El dolor era continuo, no relacionado con los movimientos, más intenso durante la noche y se aliviaba, sin desaparecer totalmente, con ácido acetilsalicílico. En la exploración física se observó una tumefacción en la porción distal de la segunda falange del quinto dedo izquierdo, con dolor a la presión, discreto enrojecimiento de piel y aumento de calor local. Existía una desviación axial ligera de la falange distal en sentido radial. La movilidad articular estaba conservada.

La radiología mostraba una imagen lítica en la epífisis distal de la falange media del quinto dedo izquierdo con calcificación central redondeada (Fig. 2).

Con el diagnóstico de osteoma osteoide, se efectuó una extirpación quirúrgica de la lesión con relleno mediante injerto esponjoso del defecto óseo resultante. La anatomía patológica confirmó la naturaleza de la lesión. La evolución ha sido favorable, encontrándose la paciente asintomática 6 años después de la intervención.

Caso 3

C.M.M. Varón de 20 años de edad que consultó por presentar dolor en codo y antebrazo derecho de año y medio de evolución, preferentemente nocturno, que cedía con ácido acetilsalicílico. El dolor era especialmente evidente con la supinación. En la exploración física el aspecto externo del codo era globuloso y existía una tumefacción. El balance articular era: flexión 130°, extensión —10°, pronación 80°, supinación abolida. Existía dolor selectivo a la presión y a la movilización del codo en la articulación humero-radial.

La radiología mostraba una imagen osteolítica circular en la cabeza radial con calcificación central (Fig. 3).

El tratamiento aplicado fue la extirpación de la lesión. El examen histológico confirmó el diagnóstico de osteoma osteoide y la evolución del paciente ha sido favorable con desaparición de las molestias desde la intervención.

DISCUSIÓN

El osteoma osteoide se localiza preferentemente en los huesos largos de las extremidades (75 % de los casos) y en especial en fémur y tibia. El restante 25 % se reparte entre los huesos cortos de mano y pie (15 %) y el raquis (10 %). Estos datos han sido observados por Tomeno¹³ después de reunir 11 series que recogen en total 796 casos publicados. El mismo autor, refiriéndose a la localización sobre el hueso, menciona un predominio de la diáfisis (2 de cada 3 casos) sobre la metáfisis y no hace referencia a la epífisis.

La localización epifisaria del osteoma osteoide es rara. De Santis y Antonarelli⁴ presentan 2 casos, uno en epífisis proximal de peroné y otro en la epífisis distal sobre un total de 27 casos revisados en el decenio 1967-1977. Damsin³ publicó recientemente un caso y al efectuar la revisión de la literatura encontró ocho casos más. Paradójicamente, al revisar nuestros 19 primeros casos, 2 de los 14 localizados en huesos largos eran epifisarios (14,3 %), 7 metafisarios y 5 diafisarios¹.

La clínica originada por el osteoma osteoide de localización epifisaria, no varía en cuanto a las características y alivio del dolor conocidas clásicamente. Sin embargo, merecen atención algunos otros aspectos derivados de su proximidad a la articulación. Un osteoma osteoide situado en la vecindad de una articulación da lugar con frecuencia a una rigidez con fenómenos inflamatorios compatibles con una sinovitis (tumefacción, calor local) que sugieren el diagnóstico de patología articular antes que el del tumor óseo que los provoca^{2, 4, 7, 9, 11}. En el caso particular del codo la pérdida de movilidad

flexoextensora está en relación con la localización humeral distal ^{2, 7} y la restricción en la pronosupinación con la localización radial proximal.

En lo referente a la radiología, cabe destacar la ausencia de reacción ósea esclerosa alrededor del "nidus" en todos los casos que se presentan, haciendo menos aparente la imagen de la lesión. Dos factores son los que motivan este hecho, por una parte la localización en hueso esponjoso ^{4, 10, 12} y por otra su situación intraarticular ⁶.

La arteriografía puede tener su indicación en estos casos con poco expresivas, o a veces, nulas imágenes radiológicas ^{2, 3}, demostrando una hipervascularización en la zona de la lesión, con imagen de "congestión" durante la fase venosa ¹⁰.

Los estudios isotópicos muestran una hipercaptación difusa como resultado de la reacción sinovial, pudiendo asociarse o no a una zona más densa en la situación exacta del tumor ^{2, 6, 8, 12}.

El tratamiento no varía por la localización del osteoma osteoide y por tanto la resección del núcleo o "nidus" tumoral resuelve el problema. La sintomatología desaparece aunque en ocasiones no se recupera totalmente el recorrido articular perdido ⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas A, Cañadell J y De Pablos J. El osteoma osteoide: su diagnóstico y tratamiento. Presentación de 19 casos. Rev S and Traum y Ort 6: 31, 1986.
2. Brabants K, Geens S y Van Damme B. Subperiosteal juxta-articular osteoid osteoma. J Bone Jt Surg 68 B: 320, 1986.
3. Damsin JP, Aufaure P, Sirinelli D y Carliz H. Un cas d'ostéome ostéoide épiphysaire. Rev Chir Orthop 73: 63, 1987.
4. De Santis E y Antonarelli M. L'osteoma osteoide. Chir Org di Mov XXIX: 149, 1978.
5. Debeyre J y Touzard R. Traitement chirurgical de 48 cas d'ostéome ostéoide. Acta Orthop Bel 40: 34, 1976.
6. Huvos AG. Bone tumors. Diagnosis, treatment and prognosis. pp 18, W B Saunders Company, Philadelphia, 1979.
7. Kattapuram JV, Kushner DC, Phillips WC y Rosenthal DI. Osteoid osteoma: an unusual cause of articular pain. Radiology 147: 383, 1983.
8. Marcove RC y Freiburger RH. Osteoid osteoma of the elbow. A diagnostic problem. J Bone Jt Surg 48 A: 1.185, 1966.
9. Mitnick JS, Braunstein P y Genieser NB. Osteoid osteoma of the hip: unusual isotopic appearance. Amer J Roentg 133: 322, 1979.
10. Morton KS y Bartlett LH. Benign osteoblastic change resembling osteoid osteoma. Three cases with unusual radiological features. J Bone Jt Surg 48 B: 478, 1966.
11. Murray RO y Jacobson HG. Radiología de los trastornos esqueléticos. Tomo I pp. 538, Salvat, Barcelona, 1982.
12. Schajowich F. Tumores y lesiones paratumorales en huesos y articulaciones. pp. 47, Médica Panamericana, Buenos Aires, 1982.
13. Sherman MS. Osteoid osteoma associated with changes in adjacent joint. Report of two cases. J Bone Jt Surg 29 A: 483, 1947.
14. Swee RG, McLeod RA y Beabout JW. Osteoid osteoma. Detection, diagnosis and localization. Radiology 130: 117, 1979.

15. Tomeno B, Genet JP y Forest M. Ostéome ostéoide et ostéoblastome. Encycl. Méd. Chir. Paris. Appareil locomoteur, 14030 C 10, 11-1980.



Figura 1. A.M.V. 28 años. Radiografía axial de cadera en la que se aprecia la imagen típica del nidus tumoral en la cabeza del fémur.



Figura 2. A.J.J. 38 años. Imagen lítica con calcificación central localizada en la epífisis distal de la segunda falange, en el quinto dedo de la mano. Aumento de volumen de partes blandas.



Figura 3. C.M.M. 20 años. Imagen lítica con calcificación central localizada en el borde medial de la cabeza del radio.